

... می‌گویند کشور ما جمع اعداد است! اگر تشکیلات بهداشتی و درمانی کشورمان را مثال بزنیم، به نام ایجاد، عدم تمرکز» دانشگاه‌های علوم پزشکی را به وزارت «بهداری» سابق پیوند می‌زنیم و بعد به عنوان «رفع نیاز» کشور به «پزشک و نیروهای پیراپزشکی» در عرض چند سال تعداد کثیری پزشک، پرستار، ماما و... بیکار و بلا تکلیف روانه بازار کار می‌کنیم.»

در این فاصله نه یک برنامه جدی برای «پزشک خانواده» داریم و نه آمادگی در برابر نیازهای بهداشتی جدید که با پدیده مهاجرت به شهرها ایجاد می‌شود... برآستی نیز تاکنون به شناخت ما هیچ تحقیقی پیرامون نتایج «رفرم» ۱۳۶۴، یا گسترش تحول اساسی وزارت بهداشت ارائه نشده است. زمره‌های تفکیک یا باقی ماندن آموزش پزشکی در مورد وزارت بهداشت همچنان «احساسی» و بسته به سلايق «کارگزاران» این وزارتخانه است ...

دکتر رجب‌پور خاطرات شیرینی از جریان تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارد... در زیر می‌خوانید.

مروری بر روند ادغام آموزش عالی پزشکی در خدمات بهداشتی - درمانی

دکتر مجید رجب‌پور

اشاره

تشکیلاتی و سازماندهی را فراهم می‌کند و این مطلب با گذر زمان میتواند بدلائل تغییر و تبدیل نیازها و خواسته‌ها و نهایتاً تقاضا و غیرهم نیز مورد تغییر قرار گیرد. بهر حال تغییر یکی از اساسی‌ترین مباحث در خصوص سازمانهاست.

تشکیلات و سازماندهی سازمان متولی ارائه خدمات مرتبط با سلامت انسانها نیز از این قاعده مستثنی نیست. آنچه مهم است هدفمندی هر سازمان و حرکت آتی آن در راستای اهداف و کنترل

موضوع تغییرات تشکیلاتی و احیاناً سازماندهی تغییرات ساختاری مقوله‌ای است که همواره (در راستای تحول مطرح بوده است. جابجائی مدیران، تغییر جایگاهها، تغییر آرایش نظام مندی، و حتی افزایش یا کاهش برخی از شاخه‌های سازماندهی به لحاظ تغییر مسئولیت‌ها یا واگذاری برخی از مسئولیتهای سازمان به غیر یا انتقال برخی از وظایف جدید به سازمان، موجبات تغییرات

متولی بهداشت و درمان کشور دو دیدگاه اساسی مطرح است:

الف - منظر شکلی

ب - منظر محتوایی

الف: منظر شکلی

به لحاظ این دیدگاه، تشکیلات و سازماندهی و نه ساختار وزارت متبوع به کرات مورد بازنگری قرار گرفته و عمدتاً با تغییرات مدیران سطح بالا تغییرات نسبتاً وسیعی در جابجائی باکس‌های تشکیلاتی و نحوه چیدن پرسنل و جابجائی وظایف در قالب تشکیلات ادارات کل به تناسب دیدگاه مدیر و رهبر تشکیلات حادث شده است. قطعاً بیشترین تغییرات بویژه در سالهای بعد از انقلاب اسلامی در این زمینه صورت پذیرفته است و میتوان به این نوع تغییرات با تغییر وزراء اشاره نمود، که بحث در این مقال را به فرصتی دیگر وامی‌گذاریم.

ب: منظر محتوایی

با رعایت این دیدگاه هر از چندی حسب تناسب زمانی و تغییر نیازهای اجتماعی و ملهم از دیدگاههای برنامه‌های کلان توسعه‌ای کشور و احياناً تغییر جهت در دیدگاههای کلی سلامت در جهان و علم روز تغییراتی در ساختار و سازماندهی و تشکیلات وزارت سلامت حادث گردیده است که در کل دوران نظام مندی ساختار دولتی ایران از سال ۱۲۲۵ هـ تا امروز، شش بار تشکیلات و ساختار مذکور مورد تغییر و تحول قرار گرفته است که این تغییرات به ترتیب عبارتند از:

۱. نظام بندی و نظارت دولتی بر امر درمان در فاصله سالهای ۱۲۲۹ هـ با تأسیس دارالفنون و رشته پزشکی در سال ۱۲۴۷ هـ (با افتتاح اولین

مستمر به لحاظ حرکت هدفمند و حفظ و اتقاء کیفیت خدمات آن است. در این راستا از زمان فعالیت پزشکان تا تدوین تشکیلات اداره صحنه کل مملکتی و از آن زمان تا تأسیس وزارت بهداشت و متعاقب آن پیدایش دیدگاه و هدفگذاری رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۴ و در نتیجه تبدیل وزارت بهداشتی به وزارت رفاه اجتماعی و سپس بهداشتی و بهزیستی در سنوات قبل از انقلاب اسلامی و تفکیک سازمان بهزیستی بعنوان ارگان مسئول رفاه اجتماعی از وزارت «بهداری و بهزیستی» و تشکیل وزارت بهداشتی بعنوان متولی بهداشت و درمان و سازمان بهزیستی بعنوان متولی رفاه اجتماعی و مجدداً الحاق آن به وزارت بهداشتی و تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی و نهایتاً ادغام دانشکده‌های پزشکی در وزارت بهداشتی و تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تغییرات مستمر و پی در پی تشکیلاتی آن، همه در ابتدا نشان از تغییرات در امر بهداشت و درمان داشت. سپس به علت سست بودن بنیانهای استراتژیک و توجه بیشتر به مسائل ظرفی و شکلی بدلیل کم تجربگی برخی از مدیران سطح بالا و غیراستراتژیک بودن تفکر مدیران، موجبات تغییرات مستمر و در واقع روزمره در سازماندهی و تشکیلات سازمان متولی امر شده است. بنحوی که با تغییر هر مهره مؤثر در مدیریت ولو در سطح پائین‌تر از وزارت موجبات تغییر تشکیلاتی فراهم شده و آنچه بعنوان مصدر پویائی یعنی تحول مطلوب از نظر علمی مطرح است، موجبات تخریب سازمانی، ساختاری و حتی روحی و روانی کارکنان را فراهم ساخته است.

بنابراین در بحث تغییر تشکیلاتی سازمان‌های

● تحول

زمینه‌های ایجاد تحول

با پیروزی انقلاب مردمی اسلامی در کشور تحول عظیمی در کلیه شئون فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشور پدید آمد و این واقعیت از هر نظر انکارناپذیر است. آثار و دامنه این تحول عظیم در حیطه مسایل خدماتی و بهداشتی و درمانی نیز بلحاظ دامنه وسیع اجتماعی آن گریزناپذیر بوده و شامل تمام مراحل و مراتب آن گردید. جنب و جوش و تکاپوی خاصی برای ارتقاء سطح سلامت اعم از ارائه خدمات درمانی، تنظیم امور پیشگیری و نیز تحول غیرقابل برگشت در آموزش پزشکی صورت پذیرفت، که دگرگونیهای اساسی در حیطه بهداشت و درمان بطور مختصر به شرح ذیل بیان می‌گردد:

۱. خدمات درمانی

توسعه سریع مراکز ارائه خدمات درمانی و افزایش سریع تخت‌های بیمارستانی و تأثیر شور و شوق انقلابی و خدمت به محرومین در تبدیل حتی برخی ساختمانهای خدماتی از قبیل هتل‌ها به بیمارستانها و اجاره و ایجاد مراکز درمانگاهی و تأسیس آزمایشگاهها را می‌توان از آثار این تحول دانست، که در برخی استانها افزایش تخت‌های بیمارستانی در یکسال بعد از انقلاب با کل تخت‌های موجود تا قبل از انقلاب برابری می‌نمود. البته موضوع کیفیت و استاندارد مراکز بحث جداگانه‌ای می‌طلبد.

۲. امور دارویی

تأثیر دیدگاههای اجتماع گرایانه و جامعه نگر در امر

بیمارستان) تا تأسیس هیئت صحنه در سال ۱۲۸۴ هـ و نهایتاً تمرکز نظارت و اداره مسایل سلامت بعد از تأسیس اداره صحنه کل مملکتی در سال ۱۳۰۰ هـ تمرکز کلیه مؤسسات صحنه در اداره کل صحنه در سال ۱۳۰۵ هـ

۲. نظام‌مندی آموزش پزشکی و حرف وابسته با تصویب قانون استقلال دانشگاهها در سال ۱۳۱۸ و انتزاع بیمارستانها از اداره کل بهداری و در اختیار دانشکده پزشکی قرار گرفتن آنها

۳. انتزاع مسائل مربوط به سلامت از وزارت داخله و تأسیس وزارت جدید تحت عنوان وزارت بهداری در سال ۱۳۲۰

۴. تغییر نگرش از درمان صرف به امر پیشگیری با تصویب تشکیلات جدید وزارت بهداری در سال ۱۳۲۸ با تأسیس اداره کل بهداشت و ادارات تابعه آن ۵. تغییر نگرش در تعریف حیطه سلامت از موضوع بیماریها به مفهوم رفاه اجتماعی و تأمین اجتماعی که در قالب برنامه پنجم توسعه به تفصیل مورد بحث و مذاقه قرار گرفته و منجر به تأسیس وزارت رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۴ و سپس با تصویب قانون تشکیل وزارت بهداری و بهزیستی در سال ۱۳۵۵ با ادغام دو وزارتخانه بهداری و تأمین اجتماعی و تبدیل به وزارت بهداری و بهزیستی صورت گرفته است.

این موضوع مهمترین تغییر محتوایی بر اساس تغییر هدفمندی به لحاظ سیاستهای توسعه‌ای در سالهای قبل از انقلاب اسلامی بوده که همزمان با تغییر نگرش‌هایی در دنیای خارج و جایگاههای علمی است. ۶. ادغام مؤسسات آموزش پزشکی و حرف وابسته در مؤسسات ارائه خدمات مذکور و تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با (تصویب قانون) در سال ۱۳۶۴ که موضوع بحث این مقاله است.

دارو، منجر به توسعه سریع فعالیت‌های کارخانجات فرمولاسیون و بسته بندی دارو، عبور از مرحله بسته بندی به فرمولاسیون در دراز مدت و تغییر نظام کلان توزیع دارو از سیاستهای تجاری به تدوین، تصویب و اجراء طرح ژنتیک گردید.

۳. امور بهداشتی

توسعه خدمت پیشگیرانه و تسریع در اجرای طرح شبکه‌های بهداشتی درمانی با دیدگاه اجتماع گرایانه و جامه نگر منجر به توسعه سریع آموزشگاههای بهورزی و گسترش سریع شبکه‌های بهداشتی درمانی و ارائه خدمات P.H.C به منظور بهداشت برای همه گردید که در این زمینه موفقیت‌های چشمگیری در خصوص ارتقاء شاخص‌های بهداشتی بویژه در امر ایمن سازی و تأمین آب آشامیدنی صورت پذیرفت و مراتب فوق مورد تأیید ارگانهای بین المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت قرار گرفت.

۴. آموزش پزشکی

با ورود خیل عظیمی از فارغ التحصیلان دانشگاههای امریکایی به برکت پیروزی انقلاب اسلامی به کشور روند تغییر نظام آموزش پزشکی کشور از سیستم فرانسوی (اروپائی) به سیستم امریکایی که از سال ۱۳۵۲ به بعد شروع گردیده بود و تأثیر بسزایی در رشته‌های غیر پزشکی بویژه فنی گذاشته بود (که منجر به تأسیس دانشگاه علم و صنعت و صنعتی شریف و تغییر سیستم آموزش دانشگاه شیراز شده بود) سرعت زایدالوصفی پیدا نمود بنحوی که امروز حتی آثار طب فرانسوی نیز از کلیه مراکز آموزش پزشکی صورت پذیرفت و طرح

تربیت بهیار دیپلمه و تکنسین‌های رشته‌های پزشکی فراگیر گردید و به سرعت در سال بعد از انقلاب با استفاده از امکانات وزارت بهداشتی، مجتمع‌های آموزش پزشکی فعال شدند به این ترتیب نیازهای پرسنلی رشته‌های پیرا پزشکی از قبیل بهیار، پرستار فوق دیپلم، تکنسین‌های رادیولوژی، هوشبری، آزمایشگاهی، دندانپزشکی و امثالهم را در همان سالهای اول انقلاب تأمین نمودند. بحث تربیت پزشکی بدلیل حضور پزشکان خارجی با کیفیت نازل ارائه خدمات و نیاز وافر کشور از بحث‌های داغ و اساسی آنروز بود. برخی طرح تربیت بهدار روستا را مطرح می‌کردند که در واقع احیاء طرح دوران حکومت دکتر مصدق بود، برخی طرح تربیت بهدار یا پزشکیار را مطرح می‌ساختند، عده‌ای بدنال توسعه طب ملی و تربیت پزشکان مشابه فارغ التحصیلان ۴ سال دوره دیده سازمان خدمات شاهنشاهی سابق بودند و بعضی از افراد به دنبال توسعه دانشکده‌های پزشکی و افزایش ظرفیت تربیت پزشک عمومی بودند.

سیر تحول

همانگونه که بیان گردید تأثیر جریان انقلاب اسلامی در بخش بهداشت درمان به دو شکل نمایان شد. از یک طرف کارشناسان و دست اندرکاران ارائه خدمات بهداشتی و درمانی تمام هم و سعی خود را در خصوص نگرش سیستم ارائه خدمات برای تعمیم سلامت به کل آحاد با تمرکز ویژه برای افراد نیازمند نمودند و به این ترتیب نیاز به پرسنل دوره دیده و کارآزموده کاملاً محسوس گشت. از طرف دیگر کارشناسان و دست اندرکاران آموزش پزشکی به دلیل گستردگی مسائل سیاسی

در مراکز آموزش عالی، فرصت کافی برای اقدامات مناسب در راستای تأثیر تحول اجتماعی در انجام تعهدات اجتماعی در اختیار نداشتند. در این میان در راستای تحقق انقلاب فرهنگی، در سال ۱۳۵۹ ستاد انقلاب فرهنگی تأسیس گردید و گروه پزشکی ستاد مزبور با مسئولیت مدیر گروه فیزیولوژی دانشگاه تبریز و شاخه پزشکی با عضویت ۳ نفر از پزشکان دلسوزی که به دلیل پیروزی انقلاب اسلامی پس از سالها تحمل رنج غربت و به دست آوردن مدارج علمی در دانشگاههای آمریکایی اخیراً وارد کشور شده بودند تشکیل گردید و موضوع گسترش آموزش عالی پزشکی و تربیت پزشک با کمیت بیشتر در کنار تغییر و تصویب نظام جدید آموزش پزشکی مورد پیگیری قرار گرفت.

جلسات مقدماتی

بحثهای شاخه پزشکی ستاد مزبور منجر به تدوین طرح ادغام دانشکدههای پزشکی در وزارت بهداشت و بهرستی گردید، در قالب این طرح پیش بینی گردیده بود که کلیه دانشکدههای پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی منفک و با ادغام در وزارت بهداشت و بهرستی سابق به تجمیع امکانات بمنظور تربیت پزشک به تعداد و کمیت بیشتر مورد توجه قرار گیرد. هدف اصلی و اساسی در محله اول افزایش تعداد فارغ التحصیلان رشتههای پزشکی بود که در مراحل بعدی میتوانست برنامههای گسترش و تعمیم خدمات را در پی داشته باشد فلذا پیش بینی می گردید که در کوتاه مدت ارائه خدمات دچار اشکال گردد و با عنایت به کمبود منابع و ضرورت تخصیص منابع در راستای هدف با اولویت بیشتر، لطمه به منابع بخش خدمات بهداشتی درمانی وارد گردد.

جلسات بحث و بررسی در وزارت بهداشت به لحاظ دیدگاههای متفاوتی که در خصوص طرح، بین تصمیم گیرندگان و دست اندرکاران و طراحان طرح وجود داشت، ابتدا جلساتی در محل شاخه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی و سپس با حضور وزیر، معاونین و مشاورین مدیر عامل سازمان منطقه‌ای بهداشتی تهران، در محل وزارت بهداشتی سابق تشکیل گردید که طی قریب به شش ماه جلسات مفصل و منظم در سال ۱۳۶۰ که عمدتاً بعد از ساعات اداری تشکیل می گردید موضوع مورد بحث و مذاقه قرار گرفت. متأسفانه صورتجلسه‌ای در این جلسات تنظیم نمی گردید موضوع مورد بحث و مذاقه قرار گرفت. متأسفانه صورتجلسه‌ای در این جلسات تنظیم نمی گردید و لذا مذاکرات مزبور صرفاً میتواند با استفاده از خاطرات ذهنی تجدید گردد. محورهای اصلی بحث و بررسی در این جلسات عبارت بودند از:

- لطمه به منابع و مدیریت سیستم بهداشت و پیشگیری و انتقال اکثر منابع به موضوع آموزشی و دانشجویی با عنایت به حساس بودن موضوع، سیاسی بودن جو دانشگاهها و به روز بودن نتایج عدم تأمین سریع در مقایسه با بهداشت که بدون مدعی است و تظاهر لطمات آن با تأخیر زمانی همراه است. (در این خصوص به مطالبی از قبیل انتخابی بودن پذیرش بیمار در بیمارستانهای آموزشی و معضل آفرین بودن مسئله در زمان آندمی و اپیدمی بعنوان مثال مطرح می گردید).

- عدم امکان اداره یک سازمان با دو هدف عمده آموزش عالی و تأمین خدمات سلامت که نهایتاً منجر به لطمه به یکی از دو سیستم و احتمالاً سیستم ارائه خدمات می گردد. (در این زمینه مثال

یکی از بزرگان حاضر در جلسه را میتوان مطرح نمود. ایشان بیان میفرمودند: "عده‌ای معتقدند دو آشپز و دو منبع سوخت و دو اجاق وجود داشته باشد که در اینصورت مسلماً کنترل بیشتر و کیفیت بهتر و کیفیت بهتر است ولی عده‌ای دیگر معتقدند که اگر یک آشپز، یک آشپزخانه، یک منبع سوخت و یک اجاق وجود داشته باشد، صرفه جویی اتفاق می‌افتد و ظرفیتها بالاتر می‌رود ولی مسلماً کیفیت افت خواهد کرد؟!)"

- عدم تجربه کافی و لازم در این مورد در جهان و کشورهای دیگر وعضلات بحران ناشی از انتقال قدرت حاکمیت (در این زمینه طراحان طرح معتقد بودند که این طرح در کشورهایی چون کوبا، و شوروی سابق و مجارستان اجرا گردیده است که پس از جلسات متعدد تجربه مسئله در کوبا و شوروی منتفی و فقط روی تجربه در مجارستان تأکید گردید که با اخذ ساختار سازمانی کشور مزبور از طریق سازمان جهانی بهداشت و تأکید ساختار مزبور بر این نکته که دانشگاهها دارای دانشکده‌های پزشکی و زیر نظر وزارت آموزش عالی هستند و وزارت بهداشتی کشور مزبور چهار دانشگاه علوم پزشکی دارد که ارتباط غیر مستقیم صرفاً با وزیر مربوطه برقرار می‌باشد و تأمین کمبودهای برنامه‌های سلامت را می‌نماید، مورد پذیرش طراحان طرح قرار نگرفت و نهایتاً چنین اتخاذ تصمیم گردید که گروهی متشکل از هر دو دیدگاه عازم کشور مزبور گردیده و از نزدیک مطلب را بررسی و گزارش ارائه نمایند، شایان ذکر می‌باشد که پس از انجام سفر باز هم هر گروه بر نقطه نظر خود اصرار می‌ورزیدند!)

- نبود استراتژی قطعی در خصوص نحوه اجرای طرح در صورت تصویب (گاه عنوان می‌گردید که دانشکده‌ها به وزارت بهداشت منتقل و

دانشگاههای علوم پزشکی بطور مستقل زیر نظر وزیر با ادغام برخی بیمارستانها و تبدیل به بیمارستانهای درمانی به آموزشی اقدام می‌گردد و سازمانهای منطقه‌ای هم به فعالیت خود کمافی السابق مشغول می‌گردند و گاه عنوان می‌گردید که ادغام کامل باید صورت پذیرد. هر دو حالت پس از تصویب بمرحله اجرا در آمد. در دیدگاه اول بحث این بود که اگر چنین امری تحقق نپذیرد، آیا فقط وجود دو وزیر مشکل آفرین است. در صورتی که از دیدگاه ساختاری باز هم دو سازمان مستقل وجود دارد. در دیدگاه دوم بحث عدم امکان اداره دو سازمان با ویژگیهای متفاوت زیر نظر یک مسئول و مدیر مطرح می‌گردید.

(بایستی با اندازه‌گیری نتایج حاصله پس از ۱۵ سال اجرا به قضاوت نشست و این بحث از نظر نگارنده از الزامات پژوهشی حاضر است و دولت می‌بایست گروهی را مسئول این امر نماید).

- مقطعی بدون اهداف طرح؛ با توجه به هدفمندی افزایش سریع نیروهای آموزش دیده پزشکی و رسیدن به هدف در یک زمان مشخص بود که متعاقب آن در صورت ادامه طرح منابع فوق‌العاده‌ای از کشور به هدر می‌رفت و ضمن بی‌اهمیت تلقی شدن رشته‌های پزشکی در جامعه با تعداد کثیری فارغ‌التحصیل پرهزینه رشته‌های پزشکی بیکار مواجه می‌گشت (که چنین شد؟!).

در صورت توقف طرح، تفکیک مجدد سازمانها، با عنایت به فرهنگ استمرار و استحکام و ضریب بالای شکنندگی اجتماعی در خصوص عملیات زمانبندی شده، معضل آفرین می‌گردید.

در هر صورت علیرغم بحث‌ها و مذاکرات مفصل که چکیده و محورهای آن به شرح فوق بیان گردید

اندکی با رأی مثبت در مجلس شورای اسلامی تصویب و به شورای نگهبان ارسال گردید، بخش دوم لایحه در شورای نگهبان رد شد لذا دولت لایحه را جهت اصلاح از مجلس محترم بازپس گرفت و مدتی مسکوت گذاشت و سپس مجدداً با اصلاحات لازم در دور دوم مجلس شورای اسلامی مطرح و موضوع در سال ۱۳۶۳ مورد بحث مجدد قرار گرفت و با پیگیری جدی و مستمر مسئولین شاخه پزشکی و از طرفی خستگی و سردرگمی منتقدان بحث بدلیل طرح مکرر در ارگانهای مختلف، موضوع در مجلس شورای اسلامی و شورای نگهبان با نگرانی جدید مورد بحث و تصویب قرار گرفت و در سال ۱۳۶۴ جهت اجرا ابلاغ گردید.

مراحل اجرای طرح

پس از ابلاغ جهت اجرا، یکی از بزرگان طب و از طراحان طرح مسئولیت اجرایی طرح را بعهده گرفت و با تلاش شبانه روزی با همکاری دو نفر دیگر از طراحان طرح نسبت به اجرای طرح همت گماشت. عملیات ادغام در دو مرحله صورت پذیرفت.

مرحله اول: انتقال دانشکده‌های پزشکی و وابسته از وزارت فرهنگ و آموزش عالی به وزارت جدید التأسيس این دوران کار پر حجم، پردردسر و زحمات شبانه روزی را می‌طلبید و نهایتاً با همکاری عده کثیری به انجام رسید و دانشگاههای علوم پزشکی تأسیس و دانشکده‌های پزشکی و سایر رشته‌ها از قبیل دندانپزشکی، پرستاری، مامائی و دیگر رشته‌های وابسته به این دانشگاههای جدیدالتأسيس منتقل گردیدند. همزمان تعدادی از ساختمانهای وزارت بهداشت سابق و قسمتی از منابع بخش بهداشت و درمان در راستای تأمین اهداف آموزشی فوق به

جلسات مزبور به نتیجه‌ای نرسید و موضوع به کمیسیون رفاه دولت منعکس گردید و پس از تصویب در دولت تقدیم مجلس شورای اسلامی شد.

بحث در مجلس شورای اسلامی

متعاقب تقدیم طرح مزبور به مجلس شورای اسلامی، موضوع در جلساتی مفصل در کمیسیون بهداشتی و بهزیستی مجلس شورای اسلامی مورد مذاقه و بحث و بررسی قرار گرفت و هر بار نظرات متفاوت طرح و ارائه گردید که شرح مذاکرات کمیسیون بهداشتی وقت می‌تواند گویای مطلب فوق باشد. در جلسات متعددی که در کمیسیون بهداشتی و بهزیستی مجلس شورای اسلامی تشکیل میگردید، کلیه مطالب و اشکالات مورد بحث در جلسات وزارت بهداشتی عیناً با اضافه شدن برخی دیگر از مطالب مربوط به بودجه و امثالهم و مسائل سازماندهی و غیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و نهایتاً به همان اختلاف نظرها، موضوع به صحن منتقل گردید، بحثهای صحن در مشروح مذاکرات مجلس شورای اسلامی موجود می‌باشد، نهایتاً این موضوع منجر به تصویب آن گردید.

بحث در شورای نگهبان

پس از تصویب در مجلس شورای اسلامی طبق روال همیشگی موضوع به شورای نگهبان منتقل و در شهریور ماه ۱۳۶۱، با عنوان مغایرت با شرع و قانون اساسی، طرح مزبور مردود اعلام شد و مدتی مسئله به تعویق افتاد.

طرح مجدد موضوع

ادغام و در بخش دوم لزوم اداره به روش شورائی مطرح گردیده بود. لایحه مذکور با اختلاف درصد

بکار گرفته شد و تعدادی از بیمارستانهای درمانی به بیمارستانهای آموزشی تبدیل گردید. این دوران از سال ۱۳۶۴ تا سال ۱۳۷۳ به طول انجامید و در تمام این دوران سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان کماکان وظایف مربوط بخود را باستناد قانون مربوطه به انجام میرساندند و در واقع در هر استان یکنفر رئیس دانشگاه علوم پزشکی و یکنفر بعنوان مدیر عامل سازمان منطقه‌ای حضور داشتند. نفر اول مسئول آموزش عالی رشته‌های پزشکی و نفر دوم بعنوان مسئول ارائه خدمات، انجام وظیفه می‌نمودند در واقع همان ترکیب قبلی به قوت خود باقی بود لکن زیر نظر یک وزیر انجام وظیفه می‌نمودند.

مرحله دوم: ادغام دانشگاههای علوم پزشکی و سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان

از سال ۱۳۷۲ با بروز مشکلات مربوط به افزایش فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی و معضل بیکاری فارغ‌التحصیلان پرهزینه، حرکتی در

جهت کاهش محدودیت برای فارغ‌التحصیلان این رشته‌ها و کاهش تعداد رشته‌های مشمول طرح لایحه نیروی انسانی و امثالهم، و نیز حرکاتی از طرف نمایندگان مجلس شورای اسلامی در جهت تدوین و ارائه طرح تفکیک مجدد دانشکده‌های پزشکی و وابسته و وزارت بهداشتی مطرح و مسائل مورد بحث در روزنامه‌های و مجامع قرار گرفت که با تشکیل جلساتی در داخل وزارت متبوع موضوع به سرعت مورد بحث و بررسی قرار گرفته و در نهایت ادغام سازمانهای منطقه‌ای در دانشگاههای علوم پزشکی و تشکیل دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی به مورد اجرا گزاریده شد. به این ترتیب سازمانهای منطقه‌ای منحل و کلیه امکانات آنها به دانشگاهها واگذار گردید و رئیس دانشگاه مسئول توأم آموزش عالی رشته‌های پزشکی و ارائه خدمات مربوطه گردید، این موضوع از سال ۱۳۷۳ تا امروز کماکان ادامه دارد.

* * * *

● نتیجه‌گیری

با عنایت به مطالب فوق‌الذکر، نظر به اینکه طرح مزبور بیش از ده سال بصورت تئوری مورد بحث و بررسیهای مختلف ولو با فشارهای توأم سیاسی قرار گرفته است ولی حدوداً بمدت ده سال با ادغام مرحله اول و بیش از پنج سال با ادغام مرحله دوم در حال انجام است. لذا باملاحظ داشتن مسئولیت افراد در طول دوره اجرایی طرح، توجه به منابع مصروفه در این خصوص و دستاوردهای آن و مقایسه این سه عامل از مباحثی است که به زعم افراد آگاه باید از طریق مسئولین رده بالای نظام مورد تأکید قرار گیرد. در این خصوص پیشنهاد می‌گردد با انجام پژوهش گسترده، توجه دقیق به آورده‌های ملی طرح صورت پذیرفته و نتایج حاصل از اجرای این طرح مورد سنجش و متعاقباً تجزیه و تحلیل قرار گیرد. به این ترتیب با رعایت نتایج حاصل از اجرای پژوهش (که مسلماً با مستندات ارائه خواهد گردید) طرح اصلاحی یا تکمیلی لازم تهیه و به مورد اجرا گذارده شود، همچنین با منظور نمودن دستاوردها، تصمیمات لازم در